TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur A. BROCA
Chirurgien des hôpitaux de Paris

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1892

I. — TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux, 1er janvier 1881.

Interne des hôpitaux, 1er janvier 1882.

Aide d'anatomie, 1er octobre 1882.

Premier prix (médaille d'argent) au concours des internes de 1re et 2e années, 1883.

Médaille d'or de 1re classe du choléra, 1884.

Prosecteur à la Faculté de Médecine, 1er octobre 1885.

Docteur en médecine, février 1886.

Chirurgien des hôpitaux, 1er juin 1890.

Membre de la *Société anatomique*, 1884 ; archiviste de 1886 à 1890 ; vice-président en 1891.

Membre de la *Société clinique*, 1885.

II. — TRAVAUX DE VULGARISATION

I. — Articles publiés dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie :*

Rachitisme st syphilis héréditaire, 1886, p. 35 et 161.

De la maladie kystique des mamelles, 1886, p. 186.

Les suites de la thyroïdectomie, 1886, p. 550.

Les causes de l'immobilité de la mâchoire inférieure luxée, 1886, p. 578.

Taille et lithotritie, 1886. p. 809.

De la laparotomie pour lss plaiss de l'intsstin grêle, 1887, p. 125.

De la douleur dans les cystites et de son traitement chirurgical, 1887, p. 450 et 466.

Cancroïdes cutanés, 1887, p. 645 et 658.

Hsrnies adhérentes, 1888, p. 49.

Innervation collatérale et plaies des nsrfs, 1888, p. 129.

Des fistules pleuro-cutanéee et de leur traitsment par les résections costales, 1888, p. 321.

Salpingites st abcès pslviens chez la femme, 1888, p. 402.

L'anatomie du cæcum et les abcès de la fosse iliaque, 1888, p. 578.

De la nécrose phosphorée. 1889, p. 66.

Exploration manuelle du rein (procédés d'Israël et du professeur Guyon), 1889, p. 88 et 237.

De la cystoscopie ou endoscopie vésicale, 1889, p. 166.

De la résection du tarse par le procédé de Wladimiroff-Mikulicz, 1889, p. 282.

Les raidsurs articulaires; le traitement consécutif des arthropathies (d'après des leçons du professeur Guyon), 1889, p. 395, 508 et 558.

Traitement dee anévrysmes dee membres, 1889, p. 54 et 695.

Sur le diagnostic clinique de l'occlusion inteetinale par étranglement interne ou par volvulus (d'après von Wahl, de Dorpat), 1889, p. 445.

Des névralgies vésicales, 1889, p. 458.

Tuberculose cutanée, 1889, p. 623.

Traitement chirurgical de la péritonite aiguë, 1889, p. 676.

Traitement du prolapsus rsctal par la colopexie, 1889, p. 706.

Cholécystentérostomie, 1889, p. 738.

La chirurgie du rachis, 1890, p. 75 et 482.

Traitement dee tumeurs du corps thyroïde, 1890, p. 243.

De la résection préliminaire du sacrum pour aborder les organes pelviene, 1890, p. 466.

Anatomie des circonvolutions cérébralee, 1891, p. 26.

II. — Articles publiés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

Pharyngotomie et Pharyngsctomie, 1887.

Thyroïde (pathologie, sauf le goître), 1887.

Thyroïdectomie, 1887.

Inguinale (hernie), 1889.

III. — Articles publiés dans le *Traité de chirurgie*.

Maladies chirurgicales de la peau, t. I, 1890.

Vices de développement de la face et du cou, t. VI, 1891.

Maladies de la face, de la langue, du pharynx, du corps thyroïde, t. VI, 1891.

Chirurgie crânio-cérébrale (en collaboration avec M. Sébileau), *Gazette des hôpitaux*, 1888, nos 75 et 94, p. 693 et 869.

De l'anesthésie dans la trachéotomie (en collaboration avec M. Hartmann), *Revue de chirurgie*, 1887, p. 390.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par A Jamain et F. Terrier, continué à partir du ch. VI, par F. Terrier, A. Broca et H. Hartmann (1887-1891). En cours de publication.

Bactériologie chirurgicale, par N. Senn (de Chicago), traduction française annotée, in-8° de 300 pages. Paris, G. Steinheil, 1890.

III. — TRAVAUX ORIGINAUX

A. — VICES DE CONFORMATION

Dissection des arcades dentaires d'un bec-de-liévre complexe. *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 350.

Sur le siège sxact de la fissure alvéolaire dans le bsc-de-lièvre complexe de la lèvre supérieure. Ses relations avec le système dentaire. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 255.

Dissection des arcades dentaires de quelques bscs-de-lièvre complsxes. *Ibid.*, p. 325.

Note sur les anomalies dentairss accompagnant le bec-de-lièvre latéral de la lévre supérieure. *Ibid.*, p. 385.

Ls bsc-de-liévrs complexs de la lévre supérieure (**Etude sur l'ostéologie de la facs**). Paris, 1887. G. Steinheil (Extrait des *Annales de gynécologie*).

Sur la nomenclature et ls siège des fissures de la face. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887, p. 537.

Bec-de-lièvre médian complexe ds la lèvre supérieure causé par une tumeur de la base du crâne. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 395.

Face de veau présentant une fissure médiane osseuse allant jusqu'à la base du crâne. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 588.

Quelques causes mécaniques du bec-de-liévre chez certains monstres doubles. *Bull. de la Soc. anat.*. 1887, p. 446.

Quelques observations anatomiques sur le bec-de lièvre complexe de la lèvre supérieure. *Archives de laryngologie*, 1888, p. 128.

Les connexions dss voies lacrymales et de la branche montante du maxillaire supérieur dans ls colobome de la lèvre supérieure et ds la paupière inférieure. *Archives d'ophtalmologie*, 1889, p. 213.

Bec-de-lièvre supérieur, absencs du tubercule médian. *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 534.

Jusqu'en 1879, il a été admis sans conteste que le bec-de-lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure, dans sa forme la plus ordinaire, fendait l'arcade alvéolaire entre l'intermaxillaire et le maxillaire proprement dit, c'est-à-dire entre l'incisive latérale et la canine. On donnait l'interprétation embryologique du fait en invo-

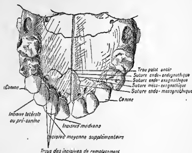


FIG. 1. — *Les sutures normales de la voûte palatine.*

quant un défaut de coalescence entre le bourgeon maxillaire supérieur (sus-maxillaire) et le bourgeon nasal interne ou incisif (intermaxillaire). Le bourgeon nasal externe ne s'interpose pas, en effet, disait-on, entre eux deux à la lèvre supérieure.

En 1879, Albrecht a soutenu qu'en réalité la fissure passe entre l'incisive médiane et l'incisive latérale, soit au milieu même de l'intermaxillaire; qu'il peut y avoir deux incisives internes, mais

que c'est une anomalie ; que presque toujours il y a en dehors de la fissure une incisive précanine. L'anatomie descriptive fait d'ailleurs voir que la duplicité des germes osseux pour chaque os incisif est la règle. Cela doit faire admettre que le défaut de coalescence a lieu entre le bourgeon nasal interne (intermaxillaire interne) et le nasal externe (intermaxillaire externe), ce dernier descendant. quoi qu'on en ait dit, jusque dans la lèvre supérieure et le rebord alvéolaire.

Cette doctrine nouvelle a été fort discutée en Allemagne par His, Th. Kölliker. J'ai donc cru utile de soumettre ces faits à une revision anatomique complète. Je me suis placé exclusivement sur le terrain de l'anatomie descriptive, humaine et comparée. J'ai réuni et disséqué 48 pièces de bec-de-lièvre latéral chez l'homme.

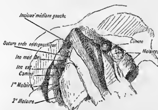


FIG. 2. — *Ostéologie d'un bec-de-lièvre unilatéral avec absence de l'incisive précanine.* (Vue palatine.)

En éliminant celles dont l'une et l'autre théorie peuvent s'accommoder, j'en retiens 36 qui donnent les résultats suivants :

L'incisive précanine borde 33 fois la fissure.

La fissure passe 3 fois entre la 2e incisive et la canine. Et encore ces 3 faits sont-ils discutables.

Au reste, si l'on parcourt les tableaux dressés par Th. Kölliker en faveur de la théorie ancienne (théorie de Gœthe), on constate qu'en réalité ils concordent absolument avec les résultats précédents.

D'autre part, l'examen anatomique des pièces non tératologiques donne encore raison à Albrecht ; il y a deux os intermaxillaires de chaque côté (fig. 1).

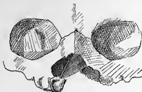


FIG. 3. — *Ostéologie d'un bec-le-lièvre unilatéral.* (Vue de face.)

Reste l'interpretation embryologique. Elle a suscité de nom-

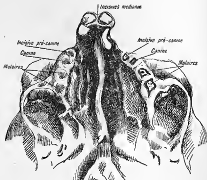


FIG. 4. — *Odontologie d'un bec-de-lièvre bilatéral.*

breuses discussions entre Albrecht, His, Th. Kölliker, Biondi, Warynski, etc. L'hypothèse d'Albrecht n'est pas démontrée, mais

elle est la plus séduisante, car elle explique bien les diverses fentes faciales que l'on peut observer :

1° Fente médiane, entre les deux bourgeons nasaux internes.

2° Bec-de-lièvre vulgaire entre le nasal interne et le nasal externe :

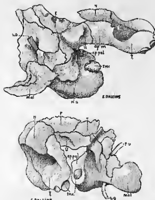


FIG. 5 et 6. — *Ostéologie d'un colobome labio-alvéolaire.*

FIG. 5. — *Fissure droite.* I, intermaxillaire ; *ap. m.*, apophyse montante ; *n*, nasal ; *u*, unguis ; *e*, ethmoïde ; *m. s*, maxillaire supérieur portant une incisive précanine *inc* et l'apophyse palatine *ap. pal*, dont le bord libre est fortement relevé en haut. *S. O*, nerf sous-orbitaire s'engageant dans un canal à partir duquel divergent plusieurs sutures de la face orbitaire du maxillaire. *Mal.*, os malaire.

FIG. 6. — *Fissure gauche.* Mêmes lettres que sur la fig. 1. De plus, on voit en F le frontal dont un morceau est conservé.

3° Colobome de la lèvre supérieure (fissure vue par Guersant) entre le nasal externe et le maxillaire supérieur (fig. 5 et 6).

J'ai pu disséquer une pièce de colobome complexe de la lèvre supérieure sur un fœtus remis par M. le professeur Tarnier à

M. le professeur Panas, qui a bien voulu m'en confier l'étude. Ce qu'il était intéressant de vérifier sur cette pièce, c'était le passage exact de la fissure dans le massif maxillaire supérieur. Or la fissure alvéolaire était inter-incisive, ce qui prouve que, vu les anomalies dentaires, on ne peut d'après le siège alvéolaire tirer des conclusions fermes sur le siège embryogénique des fissures faciales. La fissure remontait de là en dehors de l'apophyse nasale de l'intermaxillaire, et elle ouvrait les voies lacrymales jusqu'au rebord orbitaire. L'apophyse montante du maxillaire supérieur était absente, ou plutôt fusionnée avec l'apophyse nasale de l'intermaxillaire, qui allait s'articuler avec l'unguis (disposition normale chez certains singes), d'où ces deux conclusions : 1° que l'apophyse montante du maxillaire supérieur provient du bourgeon frontal et non du bourgeon maxillaire supérieur comme on le dit souvent ; 2° qu'il n'y a aucune corrélation entre les lignes de soudure des bourgeons faciaux et les sutures osseuses du massif maxillaire supérieur.

Cette variété est rare, et la troisième plus encore. Albrecht conteste même l'existence de la fente médiane complexe. Deux de mes pièces en démontrent pourtant la réalité.

L'une d'elles est humaine. Elle est intéressante en ce qu'une tumeur de la base du crâne est la cause mécanique de la malformation faciale.

L'autre est une face de veau et la bifidité va jusqu'à la base du crâne. Elle est importante en ce que chaque fosse nasale est fermée par une cloison interne. Cela prouve donc, avec His et contre Kölliker, que le septum nasal est primitivement formé de deux lames.

Cette fissure médiane doit être distinguée des cas où il y a absence du tubercule médian (lèvre et intermaxillaires internes) et du vomer. On voit dans les musées quelques pièces sèches de ce genre, dont on peut souvent douter, en admettant la perte accidentelle de la baguette vomérienne fracturée. La pièce que j'ai disséquée m'a été remise fraîche et dès lors est incontestable (fig. 7 et 8).

A côté de ces variétés, qui semblent bien expliquées par l'évolution des bourgeons faciaux, j'ai disséqué une pièce où la fissure

osseuse passe entre la canine et la prémolaire. Mais dans ce cas il

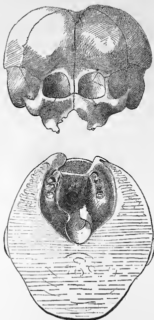


Fig. 7 et 8. — *Ostéologie et odontologie d'un bec-de-lièvre par absence du tubercule médian.*

y avait une action mécanique intense, car la pointe du cœur

adhérait à la face, de ce côté. Il s'agit donc probablement d'un arrachement du point osseux de la pièce canine et non de la persistance d'une fente ou rainure de l'embryon.

Dans ce dernier cas, une action mécanique était indispensable. Une semblable étiologie n'est pas nécessaire mais est assez fréquente pour les autres variétés.

Toutes ces données ont été résumées dans l'article didactique du *Traité de chirurgie*.

Exstrophie de la vessie. Malformation intestinale concomitante (Absence de torsion de l'intestin grêle ; terminaison en cul-de-sac adhérent à la partie postérieure de la vessie ; absence d'anus et de rectum. Hernie ombilicale. Ectopie testiculaire intra-abdominale. Spina-bifida lombaire). *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 791.

Cette dissection a pour but de montrer que le ligament interpubien décrit par Meckel, Desault, Fœrster, Houel, etc., aux lieu et place de la symphyse, n'existe pas. Avec Passavant, il faut admettre qu'il y a une fissure vésicale médiane et que les muscles pubo-vésicaux et pubo-prostatiques, tirés de chaque côté, forment ce prétendu ligament. Si on pouvait ramener les symphyses au contact, rien ne s'opposerait à la réduction de la vessie. Les tentatives récentes de Demme, Passavant, Trendelenburg, sont donc anatomiquement justifiées.

D'autre part, l'examen de 29 observations où l'intestin s'abouche sur la vessie exstrophiée prouve que la région iléo-cæcale est le siège usuel de ces abouchements, quoique l'on fasse, en général, intervenir le rectum (fig. 9).

Contribution à l'étude des kystes à contenu huileux (en collaboration avec M. Vassaux). (Service de M. le professeur Panas.) *Archives d'ophtalmologie*, juillet-août 1883.

L'étude histologique de l'observation inédite a prouvé que le kyste était dermoïde. L'analyse de 32 observations démontre que cette structure est la règle pour les kystes huileux, moins rares peut-être qu'on ne le pense.

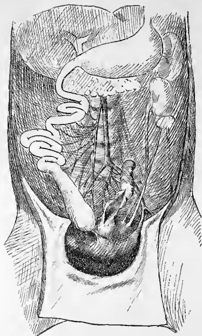


Fig. 9. — La représentation des circonvolutions de l'intestin grêle est schématisée ; on voit l'absence de torsion. L'intestin grêle s'ouvre au-dessus d'une exstrophie vésicale et au-dessous de lui s'ouvre le gros intestin dont la cavité est fendue. La partie distendue de l'intestin grêle était contenue dans un sac herniaire, vu ici par sa face profonde.

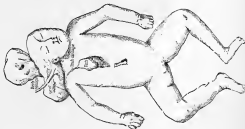


FIG. 10. — *Encéphalocèle et ectopie cardiaque causées par des adhérences amniotiques.*

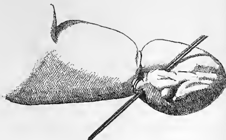


FIG. 11. — *Bride amniotique circulaire autour du membre inférieur.*

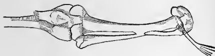


FIG. 12. — *Péroné fracturé par la bride.*

Encéphalocèle pariéto-occipitale et ectopie extra-thoracique du cœur causées par des adhérencee amniotiques. *Ann. de gynéc.*, 1889, t. XXXII, p. 197.

Bridee amniotiques et amputatione congénitales. *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 476.

On sait le rôle considérable que jouent les adhérences amniotiques dans la genèse des malformations, typiques ou atypiques. Il s'agit ici de malformations atypiques, c'est-à-dire où l'action mécanique ne s'est pas bornée à produire un arrêt de développement. Dans le premier cas, tout se borne, pour l'étude extérieure, à l'énoncé du titre et à l'examen de la figure 10. Dans le second cas sont étudiés des sillons congénitaux existant sur les 4 membres d'un même sujet. Sur cette pièce, on voit nettement une bride amniotique circulaire enserrant le 1/4 inférieur de la jambe contre lequel le gros orteil est fixé par la bride (fig. 11); une sonde cannelée peut passer entre la jambe et le dos du pied. La striction a été suffisante pour fracturer le péroné (fig. 12).

Palmure périnéo-crurale. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 188.

Sur un pied creux talus. *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 204.

Sur une anomalie eingulière des arcs postérieurs des vertèbree lombaires. *Bull. de la Soc. anat*, 1884, p. 408.

Évolution tardive des dents permanentee. Augmentation numérique douteuse. *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 518.

Étude clinique sur quelques lésions cutanées des membres variqueux. Thèse de doctorat ; G. Steinheil, 1886.

Les troubles de la circulation, veineuse et artérielle, et de l'innervation qui font des membres variqueux un lieu de moindre résistance, sont d'abord passés en revue. De plus ces téguments mal nourris appellent les éruptions diathésiques, parmi lesquelles il faut mettre au premier rang la syphilis et l'eczéma. Ces éruptions, ainsi localisées, prennent un caractère hybride et leurs aspects spéciaux s'effacent devant l'aspect variqueux. Sur ce derme infirme toute solution de continuité dégénère en ulcération. Aussi l'eczéma, qui partout ailleurs est une lésion superficielle, est-il ici une cause fréquente d'ulcères variqueux. Mais ces ulcères sont d'origine éruptive et s'en souviennent toujours : ils sont multiples et conservent une forme arrondie, un contour polycyclique. Ces caractères sont ceux qui, sur le reste du corps, font reconnaître la syphilis : sur une jambe variqueuse ils se trouvent en défaut. Le motif en est que partout ailleurs l'eczéma n'est pas ulcéreux et qu'ici il le devient. Quant à la pigmentation des cicatrices, on sait qu'elle est vulgaire sur les membres variqueux.

Des éruptions de cause externe peuvent, quoique rarement, revêtir le même aspect. Cela est rendu évident par une observation d'ecthyma sur la jambe d'un ouvrier raffineur.

Ce travail est fondé sur des observations recueillies en majeure partie dans les services de MM. Lailler et Verneuil.

Traitement du lupus par le raclage à la curette tranchante. *Bulletins de la Soc. fr. de dermatologie et syphil.*, 1891, p. 427.

Le traitement du lupus par le raclage à la curette avec cautérisation consécutive au chlorure de zinc (méthode de Volkmann)

n'est à peu près jamais employé en France. On lui reproche surtout : 1° d'exposer aux poussées de tuberculose aiguë ; 2° de donner des cicatrices vicieuses. Or, ces deux objections semblent être peu fondées, si l'on procède avec asepsie, de façon à obtenir une cicatrisation sans suppuration. Par contre, cette méthode a le grand avantage qu'on attaque en une seule séance de vastes surfaces pour lesquelles il faudrait des mois avec les méthodes dermatologiques ordinaires (scarifications, pointes de feu, etc.), mois pendant lesquels le mal repullulerait au fur et à mesure. Or, sur trois malades (et depuis sur trois autres), j'ai obtenu en trois à quatre semaines la cicatrisation complète des lésions en activité. Mais il faut compter sur une récidive presque constante et déclarer qu'on ne guérit pas chirurgicalement le lupus : on rend aux dermatologistes des surfaces sur lesquelles ils pourront attaquer aisément les foyers disséminés de repullulation.

Autoplastie par la méthode italienne modifiée. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887, p. 860.

Opération pratiquée en 1884, par M. le professeur Lannelongue, et publiée à propos des travaux récents faits sur ce point en Allemagne et, en France, par M. Berger.

De l'ecthyma des raffineurs (en collaboration avec M. Rémy). *Revue de Chirurgie*, 1886, p. 717.

C. — HERNIES INGUINALES

Hernie inguinale gauche volumineuse et ancienne. (Symptômes d'étranglement incomplet. Mort par péritonite. Constatation à l'autopsie d'une hernie de l'S iliaque avec cystocèle inguinale. (Service de M. le professeur Guyon.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1882, p. 550.

Hernie inguinale avec position inconnue du testicule. *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 232.

Hernie inguinale congénitale du cæcum chez un fœtus de sept mois atteint de pieds bots, de mains botes et de bec-de-lièvre. (Rapports du cæcum et du rectum chez le fœtus.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 407.

Recherches sur les hernies inguinales congénitales et acquises. (Hernies inguino-interstitielles sans ectopie testiculaire ; hernies avec hydrocèle vaginale ; cure radicale avec récidive ; étranglement de la hernie congénitale chez l'enfant ; ectopie inguinale du testicule). *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 111, et 272.

Note sur la fréquence de la hernie inguinale directe et sur les enveloppes des hernies inguinales congénitales et acquises. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 976.

Lipomes du cordon spermatique, épiplocèles adhérentes et lipomes herniaires. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 881.

Les variétés anatomiques et cliniques des hernies inguinales réductibles. *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1889, p. 522.

Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme. 5e *Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 389.

Hernie du cæcum à gauche. *Bull. de la Soc. anat.*, 2 octobre 1891, p. 547 et *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1891, p. 490.

Kyste du cordon situé au-devant d'un sac herniaire, et considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale chez l'enfant. *Bull. de la Soc. anat.*, février 1892.

Ces différents travaux ont pour but de démontrer :

1° Que la hernie inguino-interstitielle n'est pas fatalement liée à l'ectopie testiculaire ;

2° Que la hernie directe est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, surtout parmi les hernies bilatérales ; qu'elle est même et de beaucoup la plus fréquente des hernies acquises, la hernie externe étant la plupart du temps congénitale ;

3° Que la hernie directe, comme toutes les hernies qui sortent par l'anneau du grand oblique, est entourée par le crémaster, mais que, comme toutes les hernies acquises, elle est située hors de la gaine profonde du cordon ;

4° Que toutes les hernies acquises se distinguent en outre de la hernie congénitale (située sous cette gaine profonde) par la présence d'une enveloppe que forme le fascia transversalis refoulé.

Depuis, j'ai appliqué ces données anatomiques aux opérations sur le vivant et j'ai publié au Congrès de chirurgie une série de 26 opérations concernant 24 sujets, dont une seule femme, cette dernière étant atteinte de hernie bilatérale. Les 24 sujets ont guéri. Les hernies dont ils étaient porteurs se décomposent de la manière suivante :

1° Quatre hernies étranglées, dont trois ont eu l'étranglement aigu de la hernie congénitale ; une hernie directe à étranglement insidieux ;

2° Une hydro-épiplocèle enflammée ;

3° Deux épiploïtes gangréneuses ;

4° Dix-neuf hernies réductibles ou chroniquement adhérentes, chez 17 sujets. Parmi les hernies adhérentes, il en est deux où il s'agissait d'adhérences charnues naturelles par glissement du méso-côlon ascendant ou descendant : les deux fois, après réduction de la partie libre de l'intestin, la partie adhérente a pu être réduite par un mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant.

Quatre fois il y avait adhérences de l'épiploon dans une dilatation pro-péritonéale du sac.

Quatre de ces hernies étaient directes, c'est-à-dire que l'artère épigastrique longeait le côté externe de leur collet.

Dans toutes mes opérations, sauf deux, la recherche du sac, même petit et vide, et sa dissection ont été très faciles, quoique toutes les hernies externes fussent sûrement péritonéo-funiculaires ou péritonéo-vaginales. On dit volontiers, cependant, que dans la

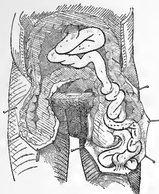


FIG. 13. — *Hernie du cæcum à gauche.*

hernie congénitale la dissection du sac est difficile, doit même quelquefois être laissée inachevée. Cette opinion est, en règle générale, erronée, à condition toutefois qu'on connaisse exactement les enveloppes qui entourent le sac séreux, enveloppes qui, quoi qu'on en ait dit, se reconnaissent sur le vivant aussi bien que sur le cadavre, que la hernie soit ou non étranglée. Ces enveloppes sont — abstraction faite des hernies dites para-inguinales :

1° *Pour la hernie directe:* peau et dartos, crémaster, fascia transversalis refoulé. Il est extrêmement facile de décoller le sac séreux de celui du fascia transversalis.

2° *Pour la hernie congénitale*, au-dessous du crémaster, la gaine profonde du cordon, qu'il faut inciser franchement pour y chercher les petits sacs, au milieu des éléments du cordon. Si la hernie est funiculaire, le fond du sac, libre, sert d'amorce à la dissection, facile même quand il y a une dilatation pro-péritonéale. Si la hernie est testiculaire, c'est sur un des bords de l'incision du sac et de la fibreuse commune qu'on isolera d'abord les deux feuillets, en les prenant entre les ongles des deux mains. De la sorte j'ai toujours achevé la dissection jusque dans le ventre, et deux fois seulement ce temps de l'opération a demandé plus de 4 à 5 minutes.

La pièce de hernie du cæcum dont je reproduis ici le dessin est intéressante en ce que le cæcum a franchi l'anneau inguinal *gauche*. A ce propos, j'étudie la genèse de la hernie du cæcum en général et je soutiens, contrairement à Tuffier, que la hernie primitive du cæcum est rare et que bien au contraire le cæcum suit, avec le temps, la dernière anse de l'intestin grêle, contenu habituel des hernies intestinales.

D. — LUXATIONS DE L'ÉPAULE

(En collaboration avec M. HARTMANN.)

1° Luxations dites incomplètes, décollements périostiques, luxations directes et luxations indirectes. *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 312.

2° Luxations anciennes, luxations récidivantes. *Ibid.*, 1890, p. 416.

Nous avons recueilli sur le cadavre une pièce de luxation extra-coracoïdienne ancienne à l'aide de laquelle nous avons contrôlé certaines assertions de Malgaigne relativement à cette luxation, qu'il appelle sous-coracoïdienne incomplète. Tout d'abord nous pensons avec plusieurs auteurs, dont M. Panas, qu'il est difficile d'admettre la luxation incomplète ; il n'en existe pas, en effet, d'autopsie probante, et, d'autre part, l'expérimentation ne permet de concevoir la fixité caractéristique d'une luxation que si la partie postérieure du col huméral vient s'engrener sur le bord antérieur de la cavité glénoïde, c'est-à-dire si la luxation est complète.

De plus, il est classique de dire, avec Malgaigne, que cette luxation extra-coracoïdienne se produit sans déchirure capsulaire : or l'expérimentation sur une épaule saine démontre qu'une luxation sans déchirure capsulaire est impossible. Mais d'après l'examen de notre pièce nous croyons pouvoir expliquer quelle est la cause de l'erreur : la tête, en effet, est recouverte d'une lame qui continue la face antérieure de la capsule articulaire et qui n'est autre que le périoste décollé de la face antérieure du col de l'omoplate après désinsertion du bourrelet glenoïdien tout le long du bord glénoïdien antérieur, fracturé en bas. Ce décollement périostique n'est d'ailleurs pas réservé aux luxations extra-coracoïdiennes. On peut l'observer à la même place, mais plus étendu, dans les luxations

sous-coracoïdiennes et intra-coracoïdiennes. Il existe ainsi sur deux pièces qui nous sont personnelles, sur une de Farabeuf, sur plusieurs du musée Dupuytren.

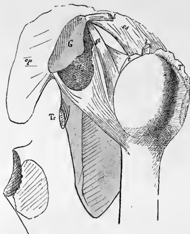


FIG. 14. — *Articulation ouverte en arrière. Humerus écarté en dedans.* — L'omoplate (glène G et corps) est en grisé ; en Tr, insertion tricipitale ; *cp*, partie postérieure de la capsule réclinée en collerette ; *c. s*, partie supérieure, conservée, de la capsule ; *gh*, ligament sus-gléno-pré-huméral ; entre *cs* et *gh*, boutonnière du sous-scapulaire, que l'on voit venir s'insérer à *t*, petite tubérosité.
En T, grosse tubérosité ; N, orifice de la cavité nouvelle ; *bb*, tendon du biceps, sectionné.
La petite figuré montre, sur la face antérieure du col scapulaire, la partie dénudée qui constituait la nouvelle surface articulaire.

Au total nous avons réuni 8 observations et avons constaté que 5 fois il y avait fracture du rebord glénoïdien.

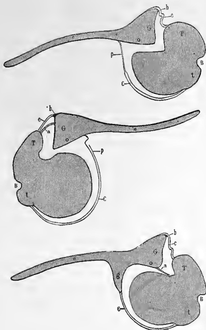


Fig. 15, 16 et 17. — *Coupes horizontales et transversales des articulations luxées, en attitude de rotation externe, avec léger écartement de la cavité articulaire.* — Les parties grisées sont les coupes osseuses ; *omoplate*, *e*, lame ; *b*, glénoïde ; *o*, surface d'où le périoste est décollé ; ces deux surfaces, à angle droit ou aigu, s'engagent dans l'encoche de la *tête humérale*, sur laquelle on voit en T la grosse tubé-

(*Voir la suite de la légende page* 29.)

Nous admettons donc que ces luxations à décollement périostique sont en général des luxations directes, avec déchirure en avant de la capsule désinsérée, ce qui est différent des luxations indirectes, par élévation du bras, où la déchirure capsulaire est inférieure et où la tête remonte en avant et en dedans lorsque le coude s'abaisse sous l'influence de la pesanteur.

Nous étudions ensuite les déformations osseuses consécutives aux luxations anciennes.

La tête humérale se creuse d'un sillon formé par usure, au point où appuie constamment le bord antérieur de la cavité glénoïde. D'après ce que nous avons dit de la luxation incomplète, ce sillon par usure ne peut pas se creuser sur la tête proprement dite, mais seulement au niveau du col anatomique, et à partir de là, selon que la luxation est plus ou moins proche et s'accompagne d'une rotation plus ou moins marquée, l'usure détruit soit sur la tête à peu près seule (extra-coracoïdienne, fig. 15), soit à peu près également sur la tête et à la grosse tubérosité (sous-coracoïdienne, fig. 16), soit à peu près exclusivement sur la grosse tubérosité (intra-coracoïdienne, fig. 17). Dans la luxation sous-claviculaire, l'éloignement est tel que la grosse tubérosité elle-même ne touche plus le rebord glénoïdien, et aucun sillon ne se creuse sur la tête.

Ainsi, quoi qu'on en dise dans certaines descriptions, jamais le sillon n'est usé sur la surface cartilagineuse seule (luxation incomplète). Il y a cependant au musée Dupuytren une pièce unique, due à Malgaigne, où cette surface présente une dépression très nette : mais un examen attentif démontre qu'il n'y a pas là trace d'usure. Il y a un véritable enfoncement de la lame compacte qui entoure la tête dans la masse spongieuse centrale. C'est évidemment le résultat d'une violence directe, une fracture par infraction de la tête. Un dessin de Eve (de Londres) est fort analogue à cette pièce.

rosité, en *t*, la petite tubérosité, en *B*, la coulisse bicipitale. — *Capsule*. Dans cette attitude, la partie postérieure, *c*, est relâchée ; elle se continue avec *b* bourrelet glénoïdien. La partie postérieure, *C*, est en continuité avec *p*, lame périostique, beaucoup plus mince En outre sur les fig. 16 et 17, on voit en *a* une adhérence néoformée entre la tête humérale et la partie postérieure de l'ancienne glène. Sur la fig. 16, on voit en *g* l'épaulement dû à l'ossification de la lame périostique décollée (*p* sur les deux figures précédentes).

Du côté de l'omoplate, un seul point un peu spécial est à noter. La moitié interne de la nouvelle cavité glénoïde semble formée dans certaines pièces par l'ossification de la lame périostique décollée sur laquelle nous avons insisté dans notre première communication.

Une de nos pièces est une luxation récidivante. A ce propos, passant en revue les théories données sur ce point, en Allemagne surtout, nous avons fait voir que cette récidive, observée principalement dans les luxations très proches, exige une sorte de cavité diverticulaire où, dans un mouvement spécial, la tête puisse venir se loger ; cette cavité diverticulaire semble devoir être volontiers constituée entre le col de l'omoplate et le périoste décollé. D'autre part, un véritable ressaut marque le passage entre l'attitude normale et celle de luxation : c'est là qu'intervient le sillon creusé sur la tête, et sur lequel on a beaucoup insisté (Lœbker, Popke, Schüller).

E. — CHIRURGIE CÉRÉBRALE

Drainage des ventricules cérébraux pour hydrocéphalie. *Revue de chirurgie*, 1891, p. 37.

Trépanation pour épilepsie jacksonienne. (1° Kyste coexistant avec une sclérose cérébrale infantile ; 2° Ostéite prolongée consécutive à une fracture compliquée du crâne.) 5° *congrès français de chirurgie*, 1891, p. 137.

Il y a trois ordres principaux d'indications à la trépanation du crâne, la trépanation immédiate pour accidents traumatiques mise à part :

1° On se guide sur une lésion extérieure ;

2° On va à la recherche d'une lésion cérébrale, de nature connue ou inconnue, dont le siège peut être diagnostiqué en rapprochant les symptômes qu'elle provoque de ce que nous savons sur les localisations cérébrales ;

3° On opère sans être ainsi conduit par la doctrine des localisations, mais on a pu diagnostiquer la nature de la lésion et dès lors, d'après nos connaissances anatomo-pathologiques, on sait quel est son siège usuel, on sait aussi par quelle voie il convient le mieux de l'aborder.

Les lésions extérieures qui peuvent nous servir de guide sont à peu près toutes d'ordre traumatique. Le type des interventions de la deuxième catégorie nous est fourni par les trépanations pour tumeurs, ce mot étant pris dans son sens clinique : il est impossible de s'attaquer à un néoplasme, pas plus qu'à un kyste, si ce néoplasme ne cause pas des symptômes de localisation, dont l'épilepsie jacksonienne est la plus vulgaire. Le type, enfin, de la 3e espèce, nous est donné par les abcès cérébraux de l'otite moyenne : ces abcès ne causent presque jamais de signes de localisation, mais ils

provoquent des symptômes rationnels qui font diagnoster leur existence, et d'autre part l'anatomie pathologique nous apprend quel est leur siège usuel. Mais les abcès ne sont pas seuls représentants de ce type, dans lequel il faut encore ranger les trépanations pour hydrocéphalie.

J'ai eu à intervenir dans ces trois conditions :

A la dernière catégorie appartient une trépanation pour hydrocéphalie avec drainage prolongé des ventricules et guérison opératoire. Je ferai remarquer que c'est la première opération de ce genre faite en France et actuellement encore le premier succès obtenu dans notre pays.

Dans ce cas il y avait un signe de localisation : une contracture athétosique du membre supérieur que j'ai fait cesser. Je n'ai toutefois pas songé à mettre à nu le centre cortical du membre supérieur. C'est que, d'après l'histoire de la maladie, j'avais diagnostiqué une hydrocéphalie intra-ventriculaire, et dès lors j'ai pensé que la première indication chirurgicale était de vider ces ventricules. Je ne me suis laissé guider par la physiologie que pour choisir le ventricule droit et c'est lui que j'ai drainé.

A ce point de vue, j'opposerai cette observation à la suivante où, trépanant sur le centre du membre supérieur gauche, j'ai évacué un kyste cérébral et grandement amélioré une épilepsie jacksonienne. Dans ce cas, en effet, M. le professeur Charcot avait diagnostiqué une monoplégie brachiale spasmodique infantile. La lésion ancienne, contre laquelle la chirurgie devait se déclarer impuissante, était sans doute une sclérose cérébrale ; mais depuis 4 ans s'étaient ajoutées des crises d'épilepsie jacksonienne. Si bien que le professeur Charcot soupçonnait un kyste et il envoya le malade à M. Terrier pour qu'on tentât l'évacuation de ce kyste. M. Terrier voulut bien me confier ce sujet, qu'avec son assistance je trépanai sur le centre du pouce gauche. Il y avait en effet un kyste qui fut drainé. A la suite de cette opération le patient, dont M. le Dr Monprofit (d'Angers) a bien voulu m'envoyer à plusieurs reprises des nouvelles, a été considérablement amélioré : il n'a plus que de petites crises nocturnes, sans grandes convulsions, son bras

prend de la force, sa vue devient meilleure et surtout son caractère est beaucoup moins irascible.

Je résumerai enfin l'histoire d'un homme auquel j'ai pratiqué une trépanation secondaire pour lésion traumatique. Cet homme avait été atteint en novembre 1889 d'une fracture compliquée, suppurée, pour laquelle, en décembre, M. Terrier avait fait une trépanation et avait évacué une petite collection purulente sous l'arachnoïde. Le résultat fut bon, mais non point parfait, car le malade revint quelques mois après à l'hôpital, présentant de l'épilepsie jacksonienne atteignant la mâchoire inférieure et le membre supérieur gauche. De plus, il persistait une fistulette crânienne. Fallait-il mettre à nu le cerveau et chercher une lésion corticale ? Je pensai que mieux valait enlever d'abord simplement la partie osseuse infectée qui irritait constamment la dure-mère. De la sorte je taris complètement la suppuration. Depuis ce jour, les crises sont bien moins fréquentes et bien moins graves : il est exceptionnel que le bras participe aux secousses. Cela étant, et comme le sujet a pu reprendre son métier de déménageur, je ne crois pas indiqué d'explorer la substance cérébrale.

F. — CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES (sujets divers).

De la typhlite tuberculeuse chronique. *Bull. de la Soc. anat.*, 1891, p. 641, et *Gaz. hebd.*, 1892, p. 100.

Il existe une forme de tuberculose chronique intestinale, localisée au cæcum, ou à peu près, qui cliniquement et même à l'examen de la pièce à l'œil nu simule le cancer ; et à l'examen histologique un observateur non prévenu peut croire à un lymphosarcome. En réalité, il s'agit d'une tuberculose lymphoïde, à évolution spéciale, sur laquelle MM. Hartmann et Pilliet ont insisté en juillet dernier, au point de vue anatomo-pathologique. Depuis la publication de ce mémoire, j'ai eu l'occasion de recueillir deux observations où j'ai porté cliniquement le diagnostic, en me fondant à la fois sur l'état local (tumeur moins dure qu'un cancer, mal limitée vers le côlon ascendant, etc.), sur l'état général (tuberculose pulmonaire torpide), sur les antécédents héréditaires, etc. Le traitement médical (régime lacté, naphtol β et salicylate de bismuth) a considérablement amélioré un des malades, en sorte qu'il n'y a pas de vérification anatomique ; chez l'autre, dont la pièce vient d'être publiée avec l'observation *in extenso* à la *Société anatomique* par M. Hartmann, ce traitement a échoué et j'ai pratiqué l'entérectomie.

Traitement opératoire de l'ankylose de la hanche en position vicieuse par l'ostéotomie oblique du fémur. *Revue d'orthopédie*, 1892, p. 41, et *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1892, p. 92.

L'ankylose de la hanche en position vicieuse (flexion et adduction) nécessite un traitement chirurgical. L'ostéoclasie donne parfois de bons résultats, mais n'est pas possible à régler complètement ; la méthode sanglante doit donc être préférée. Dans ces conditions, la résection est très difficile et la plupart des chirurgiens sont d'accord pour préférer l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Mais lorsque la déviation est considérable, l'ostéotomie transversale ordinaire, qui ne permet le redressement qu'au prix d'une

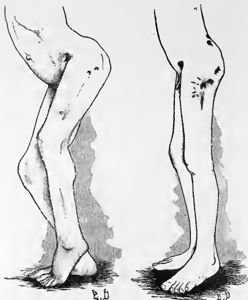


FIG. 18 et 19. — *Ankylose de la hanche redressée par ostéotomie oblique.*

flexion angulaire du cal égale à l'angle de déviation, ne donne pas toujours au membre une solidité suffisante ; de plus, les fragments ne se touchent, après redressement, que par une surface de petite étendue ; enfin, la persistance d'un raccourcissement réel

est inévitable. Hennequin a montré qu'il en est autrement après l'*ostéotomie oblique*, après laquelle on peut appliquer l'extension continue et corriger tout raccourcissement sans crainte de voir les fragments s'abandonner. J'ai obtenu ainsi un redressement presque parfait, et le sujet marche sans canne, chez un enfant dont la hanche était, à la suite d'une vieille coxalgie, fléchie à angle droit et en adduction extrême, et chez lequel le talon restait, malgré la compensation pelvienne, à 13 centim. du sol. Après cette intervention, le meilleur appareil à extension est celui d'Hennequin, car c'est celui qui permet le mieux de graduer à volonté l'abduction et la rotation en dehors.

Deux laparotomies exploratrices pour plaie pénétrante de l'abdomen. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1891. p. 317 (rapport de M. Terrier) ; *Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 26.

Deux laparotomies pour plaies du foie. *Mercredi médical*, 1891, p. 361.

Dans le débat actuellement ouvert sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, les partisans de l'abstention donnent comme argument principal la difficulté et les dangers de la laparotomie exploratrice envisagée en soi dans ce cas particulier. Ils semblent exagérer la portée de cette objection. Deux fois, en effet, je me suis trouvé en face de plaies de l'abdomen par coups de couteau ; après exploration à la sonde cannelée, j'ai immédiatement pratiqué la laparotomie médiane, j'ai vérifié attentivement l'intégrité de l'intestin et l'absence d'épanchement sanguin dans le péritoine, et ces deux malades ont rapidement guéri. Cela prouve donc que la laparotomie exploratrice simple est bénigne, et dès lors autorisée. Ce qui est grave, c'est la série des manœuvres nécessaires lorsque l'intestin est lésé, en plusieurs endroits surtout, lorsque le péritoine est déjà souillé. De même, lorsqu'on se trouve en présence de plaies du foie, par exemple, comme cela m'est arrivé deux fois ; ces deux blessés ont succombé à l'hémorrhagie, par des plaies hépatiques que je n'avais pas vues, et de même que pour l'intestin, cette méconnaissance partielle des lésions

est une cause fréquente d'échecs. Mais chez chacun de mes opérés, une plaie saignant abondamment a été vue et une fois tamponnée (le foie, cirrhotique, ne tenant pas à la suture), une fois suturée au catgut : ces deux plaies, dont une très profonde et très étendue, n'ont plus saigné.

Plaie du thorax par arme à feu, hémothorax non suppuré, pleurotomie, guérison. *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1891, p. 565.

Chez ce malade, l'hémothorax était abondant et il fut évacué parce que le malade présentait, outre de la dyspnée, des accidents fébriles, qui cédèrent en effet à l'évacuation. Il est à noter, pourtant, que le liquide hématique fut démontré bactériologiquement stérile. L'opéré a très bien guéri.

Cure radicale d'une laparocèle. *Gaz. hebd.*, 1891, p. 428.

La hernie, constituée par de l'épiploon dépourvu de sac et étalé entre les plans musculaires auxquels il adhérait, semble avoir été consécutive à un abcès par lequel, étant tout enfant, le sujet avait évacué des aiguilles qu'il avait avalées.

Abcès du grand droit de l'abdomen simulant un abcès du foie. *Gaz. hebd.*, 1891, p. 474.

Cet abcès occupait la partie supérieure du muscle, et ce qui justifiait l'erreur de diagnostic, c'est que derrière lui le foie était volumineux ; le malade avait séjourné assez longtemps aux colonies, d'où il était revenu quelques années auparavant avec une diarrhée rebelle et avec les fièvres intermittentes.

Études cliniques sur la phlébite variqueuse. *Rev. de chir.*, 1889, p. 638 et 728.

Ce mémoire, qui donne une description d'ensemble de la phlébite variqueuse, a surtout pour but de montrer que dans cette phlébite : 1° on ne peut établir de démarcation entre la thrombose simple et la phlébite ; 2° les varices constituent un point d'appel pour les

agents infectieux au cours de diverses infections générales, et il est probable qu'il en est ainsi dans certains cas de *phlegmatia alba dolens* ; 3° outre la forme classique de phlébite des varices serpentines, il faut bien connaître l'inflammation des varices ampullaires ; l'intérêt diagnostique est nul lorsque la bosselure rouge et fluctuante coexiste avec une phlébite serpentine bien caractéristique, mais lorsqu'elle est isolée elle peut simuler une gomme ramollie et donner ultérieurement naissance à des ulcérations arrondies, ressemblant beaucoup à des gommes ulcérées.

Contribution à l'étude des hypohémas consécutifs aux iritis et aux irido-cyclites. (Service de M. le professeur Panas.) *Arch. d'ophtalmologie*, septembre-octobre 1883.

Ce mémoire a pour but de donner une description des iritis hémorrhagiques.

Écrasement du thorax. Fractures multiples de côtes à droite avec déchirure du poumon. Pneumothorax à gauche par rupture de la bronche gauche. Arrachement de la face supérieure du corps de la 5e vertèbre dorsale. Arrachement du cartilage de l'extrémité externe de la clavicule gauche. (Service de M. le professeur Lannelongue). *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 334.

Le fait remarquable de cette observation est l'existence d'une perforation inexpliquée de la paroi postérieure de la bronche gauche.

Écrasement par un tramway. Section complète de la jambe gauche au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. Amputation de cuisse. Mort par choc traumatique. (Service de M. le professeur Lannelongue.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 407.

Écrasement de la cuisse par une voiture. Décollement de l'épiphyse inférieure du fémur. Effilement de l'artère poplitée. (Service de M. le professeur Verneuil.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 228.

Ces deux observations sont deux types différents de décollement

de l'épiphyse fémorale inférieure. Dans la première, il y a décollement du condyle externe et arrachement du condyle interne. Dans l'autre, il y a décollement vrai.

Nots sur les plaies par écrasement dss artères. *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 70 et 264.

Cette note (et l'observation précédente) décrit les divers états des artères dans les plaies par écrasement. En particulier, elle fait remarquer qu'il y a souvent des lésions semblables à celles de l'arrachement. M. Verneuil et ses élèves, Chuquet, Kirmisson, Duret avaient déjà insisté sur ces faits, importants pour l'étude des hémorrhagies primitives.

Fractures ancisnnes ds la rotule (en collaboration avec M. Chaput). *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 539 et 1887, p. 315.

Pièces vérifiant les descriptions données par M. Chaput dans sa thèse.

Sur un cas de panaris analgésique ds Morvan. *Bull. de la Société clinique*, 1885, p. 82, et *Annales de dermat. et de syphil.*, 1885, p. 282.

Cette observation, recueillie dans le service de M. Verneuil, est la première publiée à Paris depuis le travail de M. Morvan (de Lannilis). Elle est la première où soit notée la coexistence d'une scoliose.

Note sur les scolioses trophiques. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1888, p. 617.

Cette note a trait à la scoliose de l'observation précédente et à celle d'une malade atteinte d'acromégalie.

Un squeletts d'acromégalis. *Arch. gén. de méd.*, 1888, p. 656.

Description du squelette d'une femme étudiée au point de vue clinique par M. Marie, dans le service de M. le professeur Charcot. C'est la première étude ostéologique publiée en France.

Ostéomyélite aiguë de l'adolescence, endopéricardite. (Service de M. le professeur LANNELONGUE.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 293.

Observation d'ostéomyélite chronique d'emblée de l'adolescence. (Service de M. le professeur VERNEUIL.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 210.

Perforation tuberculeuss du sternum. Ostéites tuberculeuses multiples. (Service de M. le professeur LANNELONGUE). *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 330.

Séquestre probablement tuberculeux du frontal. (Service de M. le professeur LANNELONGUE.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 328.

Deux observations de résection partiells du maxillairs inférisur pour extirpation d'épithélioma sublingual. Hémorrhagies secondaires. Dans un cas, mort avec gangrène pulmonaire. (Service de M. le professeur VERNEUIL.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 86.

Épithélioma lingual consécutif au psoriasis dss fumsurs. Extirpation de la langue au thermocautère (voie sus-hyoïdienne). Broncho-pneumonie gangréneuse Mort. (Service de M. le professeur VERNEUIL.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 223.

Cancer du sein. Généralisation aux os du crâne. Paralysie facials a frigore concomitants. *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 508.

Cancer du sein. (Service de M. le professeur VERNEUIL). *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 544.

Maladie kystique ds la mamells (en collaboration avec M. BESANÇON). (Service de M. le professeur VERNEUIL.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 38.

Épithélioma secondaire d'un ganglion inguinal; extirpation; résection de la veine fémorale entre deux ligatures. Hémorrhagies secondaires par ulcération de l'artère fémorale profonde. Mort. (Service de M. le professeur VERNEUIL.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 455.

Kystes hydatiques multiples du foie. Ponction d'une poche volumineuse; suppurée, au-devant de la vessie; sonde à demeure. Mort. (Service de M. le professeur VERNEUIL.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 150.

Note sur le prolapsus du rectum par cancer de cet organe. (Service de M. le professeur VERNEUIL.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 18.

Observation de syphilis testiculaire bilatérale avec gomme épididymaire et funiculaire. (Service de M. le professeur GUYON.) *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1883, p. 181.

Taille hypogastrique; rupture de la vessie; fièvre urineuse persistante (opération par M. MONOD). *Bull. de la Soc. clinique de Paris*, 1885, p. 135.

Abcès multiples de cause inconnue. Mort rapide avec symptômes typhoïdes. (Service de M. EMPIS.) *Bull. de la Soc. anat.*, 1883, p. 345.

G. — ANATOMIE

Fusion du médian et du musculo-cutané au bras. *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 207.

Cette pièce a été présentée comme complément de quelques anomalies décrites peu de temps auparavant par M. Hartmann. Les conclusions chirurgicales de ces faits anatomiques ont été exposées, d'après le travail de M. Hartmann en majeure partie, dans un article de la *Gazette hebdomadaire* en 1888, p. 129 : *Innervation collatérale et plaies des nerfs.*

Rapports du larynx et du voile du palais dans la série animale. *Bull. de la Soc. anat.*, 1885, p. 504.

Il y a d'assez nombreux animaux chez lesquels l'épiglotte remonte notablement derrière le voile du palais, disposition classiquement décrite chez le cheval, où elle existe à un assez haut degré pour que la respiration buccale soit impossible. Le degré le plus élevé s'observe chez les cétacés. Là, le larynx se prolonge en une sorte de cône fort allongé, qui est enserré dans un véritable sphincter du voile du palais. Il est classique de dire, avec Cuvier et Milne-Edwards, que ce prolongement est formé de deux valves constituées l'une par l'épiglotte, l'autre par les deux aryténoïdes juxtaposés et très allongés. En réalité, il n'en est pas ainsi. Dans ce larynx aglottique, le cartilage aryténoïde, essentiellement vocal, est au contraire atrophié, et il y a hypertrophie de tout l'appareil operculaire, c'est-à-dire de l'épiglotte et des cartilages de Santorini.

II. — MÉDECINE

Sur la prétendue préservation des ouvriers en cuivre, dans l'épidémie cholérique de 1884. (Service de M. Lailler.) *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1885, p. 32.

Contribution à l'étude de la pneumonie lobaire aiguë secondaire. *Revue de médecine*, 1885, p. 472 et 681.

Note sur l'érythème du choléra (en collaboration avec M. Queyrat). *Revue de médecine*, 1887, p. 625.

Recherches sur la suralimentation, envisagée surtout dans le traitement de la phtisie pulmonaire (en collaboration avec M. Wins). *Bull. gén de thérap.*, 1883, t. II, p. 289 et suivantes.

Mémoire fondé sur des observations recueillies dans le service de M. Debove en 1882. Il se termine par une note sur les applications possibles de la méthode à certaines affections chirurgicales. Un malade que, dans le service du professeur Trélat, M. Bouilly avait soumis à l'opération d'Estlander, fournit un exemple probant. (Obs. publiée dans la thèse de M. Mouton, 1883.)

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
I. — TITRES SCIENTIFIQUES		3
II. — TRAVAUX DE VULGARISATION		5
III. — TRAVAUX ORIGINAUX		9
	A. — Vices de conformation	9
	B. — Dermatologie chirurgicale	20
	C. — Hernies inguinales	22
	D. — Luxations de l'épaule	26
	E. — Chirurgie cérébrale	31
	F. — Clinique et thérapeutique chirurgicales	34
	G. — Anatomie	42
	H. — Médecine	43

IMPRIMERIE LEMALE ET C[ie], HAVRE